

A Paris, le 21 octobre 2014

Contribution : Sage-femme, praticien de 1^{er} recours

commune à l'Anesf, l'ANSFC, l'ANSFL, la CNEMa, le CNSF, l'ONSSF, l'UNSSF

PREAMBULE :

The LANCET a publié en juin 2014 une Série d'études menées au niveau international sur la pratique de sage-femme dans le monde et les soins prodigués par les sages-femmes. Elle démontre que les sages-femmes peuvent contribuer à diminuer la mortalité et à améliorer la santé maternelle et infantile dans tous les pays. [LANCET, 2014 : Homer et al., 2014; Renfrew et al., 2014; Ten Hoop-Bender et al., 2014; Van Lerberghe et al., 2014.]

http://who.upwelling.net/sites/default/files/publications/midwiferyseriesexecsumm_FR_revFB4.pdf

(annexe 1)

Ces publications mettent en évidence, en se fondant sur des preuves scientifiques de haut grade, le rôle inestimable et incontournable des sages-femmes pour améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés quel que soit le niveau de richesse du pays. En réponse à la tendance qui consiste à favoriser l'hyper technicisation de la grossesse et de l'accouchement, sans prendre en compte les risques et les coûts qui lui sont associés ainsi que le recours excessif à des interventions comme la césarienne, dans des pays à ressources élevées comme la France, **les auteurs recommandent une politique de santé qui valorise la pratique sage-femme**. Les soins prodigués par les sages-femmes sont fondés sur un savoir et une philosophie qui vise à optimiser les processus biologiques, sociaux et culturels normaux de la naissance et à réduire les interventions au minimum. Dans les pays d'Europe qui ont les meilleurs résultats en termes de santé périnatale et infantile, ces qualités ont de l'influence sur le modèle des soins prodigués aux femmes et aux nouveau-nés.

En France en 2011, la Cour des comptes soulignait déjà « *Les sages-femmes, à qui leur formation médicale confère des compétences étendues, sont déjà pour de nombreuses patientes le professionnel de premier recours.* »

Dès 2005, la HAS précisait que « *Le pronostic materno-foetal a été comparé pour le suivi systématique des grossesses à bas risque entre les obstétriciens ou les gynécologues et les sages-femmes et/ou les médecins généralistes. Il n'y avait pas de différence (grade A). Le suivi des femmes avec une grossesse normale doit être assuré autant que possible par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne* ». (HAS Avril 2005). De même, elle précise en 2007 (Orientation des femmes enceintes en fonction de leur niveau de risques) que la sage-femme, le médecin généraliste et le gynécologue médical assurent le suivi des mêmes patientes et réfèrent au gynéco-obstétricien et/ou à un autre spécialiste pour les mêmes niveaux de risques.

De même, la Cour des Comptes note, également en 2011, (Rapport de la Cour des Comptes, chapitre VI : le rôle des sages-femmes dans le système de soins, page 173 – 198) que les sages-femmes sont reconnues comme pouvant assurer un suivi global, respectueux des usagers et de la physiologie, avec une médicalisation à bon escient et des prescriptions parcimonieuses (statistiques UNCAM) tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement, du post-natal et du suivi gynécologique.

Dans le rapport du Comité des Sages demandé par Madame Touraine, page 76, il est noté « *que les sages-femmes sont moins prescriptrices du fait de consultations plus longues et mettant l'accent sur le conseil et la prévention au-delà de l'acte médical* »

Dans notre pays, la prise en charge de la grossesse n'a été pensée depuis plusieurs années qu'en terme de risques potentiels, entraînant une hyper technicisation. Pourtant, les indicateurs périnataux en France en termes de morbidité et de mortalité périnatales n'ont pas évolué depuis plusieurs années et sont moins bons que chez certains de nos voisins européens.

Grâce à sa formation initiale, la sage-femme a une approche globale centrée sur la femme, le couple, la famille dans une démarche de maintien en santé tout en permettant le respect de la physiologie.

De plus, s'intéresser spécifiquement à la santé des femmes, c'est à la fois porter un regard sur les inégalités qui demeurent entre femmes et hommes, et prendre en compte le clivage social grandissant au sein même de la population féminine.

Sage-femme profession médicale pour la santé des femmes :

Les compétences des sages-femmes sont définies par le Code de la Santé Publique.

Les demandes portées par les organisations et syndicats professionnels de sages-femmes **n'ont pas pour but d'élargir ces compétences** – à l'exception de la pratique de l'Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse -mais de leur donner les moyens de les exercer au mieux.

Un parcours de santé se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix.

Le parcours de santé des femmes est l'organisation d'une prise en charge globale et continue des femmes au plus proche de leur lieu de vie ou de travail.

La lisibilité, l'accessibilité et la fluidité du parcours de santé s'appuient sur la qualité de l'information, des conditions d'accueil et d'accompagnement de la femme tout au long de sa vie.

La méconnaissance de la population générale concernant les compétences des sages-femmes entraîne un défaut de choix en termes de liberté de choix du praticien. Il est indispensable de développer des outils de communication efficaces afin que les femmes soient informées des rôles et compétences de chacun des praticiens qu'elles seront amenées à consulter.

Pourtant, ses actions de dépistage, de prévention et de diagnostic de la pathologie positionnent la sage-femme comme PRATICIEN EN SOINS PRIMAIRES pour la santé des femmes, au cœur du dispositif permettant à la patiente d'être au centre de la filière de soins.

Mais pour cela, il faut favoriser la visibilité des sages-femmes, en particulier l'exercice libéral et l'accès aux sages-femmes, en réaffirmant qu'elles sont un praticien de 1^{er} recours.

Démographie des sages-femmes, des perspectives encourageantes :

Nous assistons à la diminution de certains effectifs médicaux:

- Gynécologues médicaux : le nombre continue à baisser (estimé à 600 praticiens autour de 2020)
- Médecins généralistes : -6,5% entre 2007 et 2014
- Médecins du travail : - 10% entre 2011 et 2012

A l'inverse le nombre de sages-femmes libérales est en constante augmentation depuis 2001 : +7,1% par an en moyenne depuis 2001 (+9,8% entre 2011 et 2012) ; 3 842 sages-femmes libérales étaient en exercice en 2012 et 4990 au 1^{er} janvier 2014 selon le CNOSF (annexe 2).

Profession médicale, ayant accepté la régulation de leurs installations, les sages-femmes sont prêtes à assumer toute leur place dans la prise en charge de la santé génésique des femmes.

Afin de faciliter l'accès aux sages-femmes et la reconnaissance de leur place comme praticien médical de premier recours, des modifications législatives s'imposent.

Objectifs des modifications proposées :

Définir une politique de santé autour de la prise en charge coordonnée de la santé des femmes.

PARTIE 1 : CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

A. Création d'un chapitre préliminaire au titre V du Livre Ier : Professions médicales (de la Quatrième partie : Professions de santé du CSP)

A l'instar du chapitre préliminaire au titre III

« Chapitre préliminaire : Participation des sages-femmes aux soins de premiers recours

La sage-femme participe à la prise en charge des soins de premier recours auprès des femmes et de leurs enfants énoncés à l'article L.1411-1-1. Les missions de la sage-femme sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant la prévention, le dépistage et le diagnostic des pathologies ainsi que l'éducation pour la santé auprès des femmes et des enfants.

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° Assurer la surveillance et la prise en charge d'une situation pathologique en collaboration avec le médecin ; et la coordination des soins nécessaires à ces patients ;

4° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

5° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

6° Contribuer à l'accueil et à la formation des étudiants en formation.

Ces missions peuvent aussi s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale. »

B. Révision des articles des compétences et autonomie de la sage-femme (titre V du Livre Ier: Professions médicales (de la Quatrième partie : Professions de santé du CSP)

Consulter une sage-femme ne doit pas pénaliser les patientes, dans le cadre du parcours de soins.

- **Révision de l'article L.4151-1 :**

« L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. » à remplacer par **« la sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée. »**

- **Révision de l'article L.4151-3 :**

« En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.»

Supprimer : « Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques » à remplacer par:

« La sage-femme peut assurer la surveillance et la prise en charge d'une situation pathologique en collaboration et en concertation avec le médecin ».

- **Révision de l'article L.4151-2 :**

« Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. » à remplacer **« Les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer les vaccins nécessaires à l'exercice de leur profession »**

- **Révision de l'article L.4151-4 :**

« Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. » à remplacer par **« Les sages-femmes peuvent prescrire l'ensemble des examens, des actes, des dispositifs médicaux et des médicaments nécessaire à l'exercice de leur profession. »**

Concernant la suppression des listes de prescription, le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes et l'ensemble des associations professionnelles soutiennent cette demande dans leur courrier du 02/06/2014 (annexe 3).

Les dispositions législatives actuelles, avec la contrainte de listes de prescription rapidement obsolètes, constituent une entrave à l'exercice d'un praticien de 1^{er} recours et au respect des règles déontologiques auquel est soumise notre profession médicale.

Supprimer les listes de prescription, à l'instar des chirurgiens –dentistes, autre profession médicale à compétence définie, est une revendication de la profession depuis plus de 20 ans et une attente de l'ensemble des sages-femmes, aussi bien salariées que libérales. Elles y voient la reconnaissance de leur profession en tant que praticien en soins primaires.

Pour rappel : Article L4141-2 Modifié par Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 53 JORF 22 décembre 2006 « Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire.

C. Amélioration de la prévention et de l'éducation pour la santé des femmes enceintes

L'article L.2111-1 du CSP stipule

« L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent livre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment :

1° Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ; »

Les différentes recommandations HAS et les derniers plans de périnatalité mettent l'accent sur la création de l'Entretien prénatal précoce, pourtant seulement 21,4% EPP sont réalisés selon l'enquête périnatale 2010, ceci est dû entre autre au fait qu'il n'est pas clairement identifié mais seulement assimilé à la 1^{ère} séance de préparation à la naissance.

De même, la Convention nationale des sages-femmes rappelaient que *« le développement de la prévention autour de la femme enceinte est l'une des priorités fixées par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Les partenaires conventionnels entendent inscrire leur démarche dans le cadre de ces priorités de santé publique et poursuivre une politique de prévention active en améliorant la prise en charge de la femme avant, pendant et après l'accouchement par les sages-femmes libérales. Dans ses recommandations de novembre 2005 (1), la Haute Autorité de santé préconise notamment une approche plus précoce de la préparation à l'accouchement et un ajustement des dispositifs d'aide et d'accompagnement aux besoins des femmes en période postnatale. »* Les dispositions prises alors n'ont visiblement pas été suffisantes.

- **Révision de l'article L.2122-1**

« Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. La déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin..... »

A modifier par :

« Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme **ainsi que d'un entretien prénatal précoce au cours du 4^{ème} ou 5^{ème} de grossesse et d'un entretien postnatal au cours du 1^{er} mois après l'accouchement, réalisés par une sage-femme ou un médecin.** La déclaration ...»

Cette modification doit entraîner la création d'une cotation spécifique à la NGAP (en attendant la mise en place de la CCAM pour les actes sages-femmes) et donc être introduite dans le Code de la sécurité sociale

D. Amélioration de la santé génésique :

En France, il nous faut :

- Améliorer la prévention des cancers génitaux féminins par un accès plus facile aux consultations gynécologiques, en particulier dans les populations rurales et défavorisées, par le développement de l'exercice libéral et l'aide à l'installation dans des zones sous-dotées, en cabinet, dans des centres de santé et maisons de santé pluri-professionnelles.
- Améliorer la prise en charge de la contraception par des consultations adaptées à la patientèle et à sa demande (taux d'IVG en France très élevé au vu de la quantité de moyens contraceptifs mis sur le marché). Les consultations de gynécologie de prévention et de contraception font de la sage-femme un acteur incontournable.
- Améliorer la prévention et le dépistage des violences (de toutes sortes) faites aux femmes et à leurs enfants
- Permettre à la sage-femme d'intervenir dans des actions de prévention auprès des jeunes, des groupes de femmes.

Les signataires proposent **la création d'un chapitre III, dans la Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant, au Livre III : Etablissements, services et organismes et au Titre Ier : Organismes de planification, d'éducation et de conseil familial, celui-ci ayant trait à l'information sexuelle, à la régulation des naissances et de à l'éducation familiale.**

Incitation à l'information préventive et à la contraception chez les jeunes filles:

- Mise en place de programmes d'information et prévention faites dans les collèges et lycées, intégrant les sages-femmes et en collaboration avec le ministère de l'Education Nationale ;
- **Mise en place d'une consultation par une sage-femme ou un médecin généraliste : information sur la contraception chez la jeune fille dès 16 ans, associée à la prévention des IST et des conduites addictives, prise en charge à 100% par l'Assurance maladie.**
- **Information ciblée**, envoyée par leur caisse d'assurance maladie, aux jeunes filles lors de l'envoi de la carte Sesam Vitale sur la possibilité de faire cette consultation auprès d'une sage-femme (avec information sur les compétences médicales de la sage-femme) ou d'un médecin.

En inscrivant ces mesures dans le Code de la santé Publique, l'Etat enverra un message fort en direction de la population féminine, première victime de cette situation discriminatoire en termes de santé publique en suivant les directives mondiales issues de l'OMS (amélioration de la santé des adolescentes).

Pour rappel, en France :

Taux d'IVG des 12-17 ans 6,7%

Pas de suivi gynéco pour 20% des femmes chez les 25-35 ans.

32,3% de fumeuses régulières à 17 ans

Environ 35% de fumeuses entre 18 et 35 ans

27% de femmes enceintes fumeuses

E. Faciliter l'accès au plateau technique des établissements de santé :

Il est étonnant de voir que tous les articles créés par la loi HPST pour cet accès des professionnels libéraux au plateau technique des établissements de santé s'appliquent aux sages-femmes sauf deux : article R6146-23 et article R6146-24. D'autant que des établissements les intègrent déjà au contrat signé avec les sages-femmes libérales.

Il est donc nécessaire de réparer « cet oubli »

- **Révision de l'article R.6146-23**

« Les médecins exerçant à titre libéral dans les établissements publics de santé bénéficient d'une indemnité forfaitaire représentative de la perte de revenus résultant de leur participation à des actions de formation prévues dans le cadre de la politique de formation de l'établissement ainsi qu'à des réunions des instances délibératives ou consultatives de l'établissement... »

A remplacer

« Les médecins **ou sages-femmes** exerçant à titre libéral.... »

- **Révision de l'article R.6146-24**

« Après accord du directeur, les remplaçants en clientèle privée des médecins libéraux peuvent dispenser des soins dans l'établissement public de santé dans le respect des dispositions du contrat mentionné à l'article R. 6146-17. Le directeur général de l'agence régionale de santé en est immédiatement informé. »

A remplacer par

« Après accord du directeur, les remplaçants en clientèle privée des médecins **ou sages-femmes libéraux** peuvent dispenser des soins.... »

F. Pratique de l'interruption volontaire d'une grossesse par voie médicamenteuse :

L'accès des femmes à l'interruption volontaire de grossesse doit être respecté. Devant les difficultés constatées depuis plusieurs années, il semble légitime de permettre aux sages-femmes d'effectuer des IVG dans les mêmes conditions que les médecins : pratique du premier rendez-vous, délivrance de la première attestation, pratique de l'IVG médicamenteuse et réalisation de la consultation post IVG par la sage-femme.

D'autant que l'élargissement de leurs compétences gynécologiques depuis 2009, les met en lien direct avec les femmes présentant une grossesse non désirée.

Cette nouvelle compétence des sages-femmes a d'ailleurs été annoncée dans la Stratégie Nationale de Santé par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. **Toutefois, il est important d'attirer l'attention sur l'ensemble des articles à modifier afin que les sages-femmes ne se retrouvent pas une nouvelle fois face à des textes contradictoires.**

- **Création de l'article L.2212-10-1 :**

« Si l'état médical de la femme le permet, l'interruption volontaire d'une grossesse par voie médicamenteuse peut être effectuée par une sage-femme dans les conditions définies au présent chapitre. »

Ceci nécessite également la révision de plusieurs articles

- **Révision de l'article L.2212-1**

« La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse. »

Modification : **« La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin ou à une sage-femme... »**

- **Révision de l'article L.2212-2**

« L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin. **En cas d'interruption volontaire d'une grossesse médicale, elle peut être pratiquée par une sage-femme.....** »

- **Révision de l'article L.2212-3 :**

« Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.

La sage-femme sollicitée par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse peut réaliser la première consultation prévue à l'alinéa précédent. Elle doit communiquer immédiatement à l'intéressée le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention.

Le praticien doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L.2212-1 et L.2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L.2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.

Les agences régionales de santé assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins **et aux sages-femmes.** »

- Révision des articles L.2212-5, L.2212-6, L.2212-7, L.2212-8 et L.2212-10

Introduction de « **ou sage-femme** » à côté du mot « médecin ».

- Révision de l'article L.2222-2:

« L'interruption de la grossesse d'autrui est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende lorsqu'elle est pratiquée, en connaissance de cause, dans l'une des circonstances suivantes:

1° Après l'expiration du délai dans lequel elle est autorisée par la loi, sauf si elle est pratiquée pour un motif médical ;

2° Par une personne n'ayant pas la qualité de médecin ;

3° Par une personne n'ayant pas la qualité de sage-femme dans le cas d'une interruption volontaire de grossesse réalisée par voie médicamenteuse dans les conditions prévues à l'article L.2212-10-1 ;

4° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la loi, ou en dehors du cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L.2212-2.

Cette infraction est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende si le coupable la pratique habituellement.

La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines. »

Et modification dans les mêmes conditions de la partie réglementaire et mise en conformité du Code de la sécurité Sociale.

PARTIE 2 : CODE DE LA SECURITE SOCIALE

A. Permettre l'orientation vers les médecins spécialistes par la sage-femme

Consulter une sage-femme ne doit pas pénaliser les patientes, dans le cadre du parcours de soins.

Pour assurer un suivi de 1^{er} recours, la sage-femme doit pouvoir adresser sa patiente au professionnel de santé le plus compétent et le plus adapté (donc au médecin spécialiste) selon la pathologie dépistée (recommandation HAS, obligation déontologique) sans que sa patiente en soit pénalisée dans sa prise en charge.

Pour rappel :

Selon la convention nationale des sages-femmes libérales :

3.2.2. Coordination des soins

Les partenaires conventionnels estiment que la cohérence et l'efficacité de la prise en charge des femmes dans le domaine de la périnatalité passe nécessairement par la convergence des différentes interventions en la matière, mais également par une clarification du rôle des différents acteurs.

3.2.2.1. Coordination des soins avec le médecin traitant et autres professionnels intervenant dans le suivi de la grossesse

Dans le cadre de la coordination avec le médecin traitant, la sage-femme l'informe, avec l'accord de la patiente, de l'évolution de l'état de santé de la femme, lorsque celui-ci le justifie au cours de la grossesse, ainsi qu'à la suite d'une prise en charge en postnatal telle que définie au 1.3. Elle lui transmet tous les éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles elle intervient : résultats d'examens complémentaires, constatations, conclusions et éventuelles prescriptions. Cette transmission d'information pourra avoir pour support, avec l'accord de la patiente, le carnet de maternité dans l'attente de la mise en place de dossiers sécurisés et généralisés. Elle transmet également ces informations aux autres professionnels de santé intervenant dans le suivi de la grossesse, dans les mêmes conditions.

3.2.2.2. Parcours de soins et intervention de la sage-femme libérale

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 instaure un nouveau dispositif reposant sur le choix par chaque assuré ou ayant droit de seize ans ou plus d'un médecin traitant dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés.

Les parties signataires affirment leur volonté de ne pas pénaliser les assurés sociaux dans leur accès aux soins et de ne pas remettre en cause la capacité des sages-femmes. L'UNCAM s'engage donc à réunir début

2008 un groupe de travail interprofessionnel qui aura pour mission de garantir l'accès des patientes sans pénalité aux autres spécialités médicales concernées par la pratique des sages-femmes, dans le cadre du suivi de grossesse physiologique.

Cette mesure prévue dans le cadre de la convention des sages-femmes signée en 2007 n'a jamais été mise en place.

- **Révision de l'article L.162-5-3:**

« Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.

Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1 du présent code.

Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

La participation prévue au I de l'article L.322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en œuvre un protocole de soins ou lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale.

Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus. »

Rajouter : « **Elles ne sont pas applicables également lorsque le patient est adressé à un médecin par une sage-femme à l'occasion des soins qu'ils sont amenés à lui dispenser.** »

B. Permettre la prescription d'arrêt de travail par la sage-femme, dans le cadre du suivi à bas risque, sans pénaliser la femme d'avoir fait le choix d'un suivi par la sage-femme.

Révision des articles L.321-1, D.331-1 et D.331-2 créés par décret en décembre 1985.

Force est de constater qu'en cas d'arrêt de travail, les femmes enceintes n'ont pas les mêmes droits quand elles sont suivies par une sage-femme.

- La durée d'arrêt de travail doit pouvoir être plus longue, selon le besoin de la patiente. Certaines femmes enceintes ayant des conditions de travail pénibles, des déplacements domicile/travail fatigants peuvent relever d'arrêts de travail supérieur à 15 jours sans pour autant présenter de pathologie. S'il est bien du ressort du médecin du travail de définir cette inaptitude temporaire, leur nombre en baisse rend leur accès de plus en plus difficile.
- Les sages-femmes doivent pouvoir prescrire sur le congé prénatal, la période supplémentaire de deux semaines, ainsi que sur le congé postnatal la période supplémentaire de 4 semaines, accordée en cas d'état pathologique lié à la grossesse ou à l'accouchement.
- Les sages-femmes doivent pouvoir renouveler l'arrêt de travail initial fait par un médecin.
- Les femmes arrêtées par une sage-femme doivent pouvoir bénéficier d'un arrêt pris en charge au titre de la maternité et non de la maladie.

- **Ceci implique la modification des articles D.331-1 et D. 331-2**

Article D331-1 actuel

« Les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail, conformément au 4° de l'article L. 321-1, à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique. »

Article D331-2 actuel

« La durée de l'arrêt de travail prescrit en application de l'article D. 331-1 ne saurait excéder quinze jours calendaires. La prescription d'un arrêt de travail par une sage-femme n'est pas susceptible de renouvellement ou de prolongation au-delà de ce délai. »

- **Révision de l'article L.321-1:**

« L'assurance maladie comporte :

....5°) L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; *l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret* ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermique ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.... »

Suppression de « et pour une durée fixée par décret »

- **Révision de l'article R.331-6 :**

« L'indemnité journalière de repos de l'assurance maternité prévue à l'article L.331-3 est due pendant la période de repos prévue audit article, même en cas de prolongation d'un état morbide antérieurement constaté ou de constatation d'un état morbide au cours de cette période.

Si l'état morbide consécutif à l'accouchement se déclare après la période légale de repos et si l'intéressée n'a pas repris le travail, les prestations en espèces de l'assurance maladie sont servies sans qu'il y ait lieu de faire état du délai de carence.

Pendant la période où l'intéressée reçoit les prestations en espèces de l'assurance maternité, elle ne peut recevoir en même temps les prestations en espèces de l'assurance maladie.

L'indemnité journalière de repos supplémentaire, prévue au troisième alinéa de l'article L.331-5, est attribuée au cours de la période prénatale en cas d'état pathologique résultant de la grossesse. Le repos auquel correspond cette indemnité peut être prescrit à partir de la déclaration de grossesse. »

Rajouter « **Ce repos peut également être prescrit par une sage-femme.** »

Ceci devra être également intégré dans le Code du travail.

EN CONCLUSION :

Certaines de ces modifications législatives devront s'accompagner de la mise en place de mesures conventionnelles afin d'en garantir l'application.

Ceci doit être prévu d'emblée afin d'éviter la situation vue en 2009 où les compétences des sages-femmes ont été élargies au suivi gynécologique de prévention et de contraception sans que les cotations permettant aux sages-femmes d'effectuer ces actes soient prévues.

Les signataires:

Anesf_Mme Durand-Tonnerre, présidente de l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes

ANSFC_Mme Leroux, présidente de l'Association Nationale des Sages-Femmes Cadres

ANSFL_Mme Moyroud, présidente de l'Association Nationale des sages-Femmes libérales

CNEMa_Mme Morin, présidente de la Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique

CNSF_Mme Guillaume, présidente du Collège National des Sages-Femmes de France

ONSSF_Mme Raquin, présidente de l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

UNSSF_Mme Foucher, présidente de l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes